



NETZWERK IMPFENTSCHEID

Gassa suto 35  
7013 Domat/Ems  
081 633 122 6  
impfentscheid.ch  
PC 85-605923-9

*Liebe Eltern*

*Wenn Sie Ihr Kind nicht impfen lassen möchten, oder allenfalls nur einige ausgesuchte Impfungen von einem Arzt Ihres Vertrauens ausführen lassen möchten, und ebenfalls eine Untersuchung Ihres Kindes in einer dafür nicht geeigneten Umgebung und von einer Ihrem Kind unbekanntem Person ablehnen, dann füllen Sie bitte das untenstehende Blatt aus und geben es beim nächsten Aufruf zur Schuluntersuchung beim Lehrer Ihres Kindes ab.*

*Die fälligen Schuluntersuchungen können Sie bei Ihrem Kinder- bzw. Hausarzt durchführen lassen.*

✂.....

## Ärztliche Schuluntersuchung und Impfung

Hiermit erklären wir/ich, dass unser Kind

Name/Vorname .....

Geboren am .....

Adresse .....

vom Schularzt, bzw. dessen Vertreter **in der Schule weder geimpft noch untersucht werden darf.** Wir/ich werden die notwendigen Untersuchungen bei unserem Kinderarzt/Hausarzt durchführen lassen.

Sollte unser/mein Kind gegen diesen unseren/meinen Willen geimpft und/oder untersucht werden, so behalten wir/ich uns das Recht einer Klage wegen Körperverletzung vor.

Ort....., den .....

Name der/des Erziehungsberechtigten.....

Unterschrift .....